

LINA LU AGUIRRE FERNANDEZ

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N ° 101

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR  
OTROS PROFESIONALES DE,  
**PODOLOGIA**  
[REDACTED]

Fecha: 01 de Octubre de 2024

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE CONCON  
Domicilio: SANTA LAURA 567, CON CON

Rut: 73.568.600- 3

Por atención profesional:

ATENCION PODOLOGICA PROGRAMA CARDIOVASCULAR MES DE SEPTIEMBRE TOTAL 8 PACIENTES ATENDIDOS	72.000
Total Honorarios \$:	72.000
16.75 % Impto. Retenido:	12.060
Total:	59.940

Esta boleta tiene una retención adicional de 3% de acuerdo a  
las leyes N° 21.242 y/o N° 21.252.

Fecha / Hora Emisión: 01/10/2024 15:59



13020360001015539BFB

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

11202410011559

Fecha / Hora Impresión: 01/10/2024 15:59





**MUNICIPALIDAD DE CONCÓN**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD.**

**NOMBRE:** LINA AGUIRRE FERNANDEZ

**R.U.T.:** [REDACTED]

<b>HONORARIO</b>	PRESUPUESTO	SI
CONVENIO		NO

**PROGRAMA**  
[REDACTED]

**FUNCIONES** PODOLOGIA  
[REDACTED]

**CONTRATO**

D.A.	133
INICIO	27/02/2024
TERMINO	31/12/2024
HORAS	MÍNIMO SEMANAL
	MÁXIMO SEMANAL
	MENSUAL

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS [REDACTED]

**OBSERVACIONES**

VALOR PACIENTE ATENDIDO \$9000 , 8 PACIENTES ATENDIDOS

<b>VALOR</b>	MENSUAL <small>(según contrato)</small>	\$	[REDACTED]
	HORA EFECTIVA <small>(según contrato)</small>	\$	[REDACTED]

**MES** SEPTIEMBRE

**DIAS TRAB** 3

**HORAS TOTALES** [REDACTED]

**VALOR BOLETA** 72000

**NÚMERO BOLETA** 101



DIA	INGRESO	SALIDA	HORAS

SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL

 SI

## OBSERVACIONES



## Agenda del 01/09/2024 hasta el 30/09/2024

Nº	Hora	Estado	Profesional	Prestación	Paciente	Documento	Tipo Doc.
1	09:30	Visitados	LINA AGUIRRE FERNANDEZ	ATENCIÓN DE PODOLOGIA	FABIOLA OYANEDER NOGUES		R.U.N.
1	10:30	Visitados	LINA AGUIRRE FERNANDEZ	ATENCIÓN DE PODOLOGIA	YASNA ROMO SILVA		R.U.N.
1	12:00	Visitados	LINA AGUIRRE FERNANDEZ	ATENCIÓN DE PODOLOGIA	ESTER MANZOR GUERRERO		R.U.N.
					HAYDEE SANTIBÁÑEZ CONTRERAS		
1	09:30	Visitados	LINA AGUIRRE FERNANDEZ	ATENCIÓN DE PODOLOGIA	CARLOS SEGUNDO PAVÉS GODOY		R.U.N.
1	11:00	Visitados	LINA AGUIRRE FERNANDEZ	ATENCIÓN DE PODOLOGIA	TRÁNSITO (NELSON) CORTEZ MILLON		R.U.N.
1	12:00	Visitados	LINA AGUIRRE FERNANDEZ	ATENCIÓN DE PODOLOGIA	AMELIA DEL CARMEN TAPIA GUERRA		R.U.N.
1	09:30	Visitados	LINA AGUIRRE FERNANDEZ	ATENCIÓN DE PODOLOGIA	ALFREDO CORTES ESPINOZA		R.U.N.
1	12:00	Visitados	LINA AGUIRRE FERNANDEZ	ATENCIÓN DE PODOLOGIA			







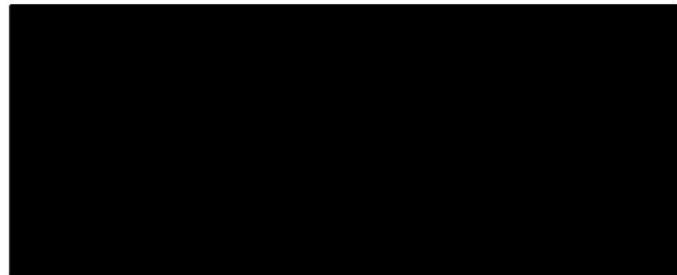
Q192

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN  
CESFAM CONCON

***CERTIFICADO N° 724***

La jefatura y/o encargado(a), Certifica que **Lina Aguirre Fernandez RUT: [REDACTED]**  
podologa, en el mes de Septiembre 2024, que se encuentran debidamente registradas  
en sistema Avis

Se extiende el presente certificado para ser presentado ante control interno.



Concón, OCTUBRE 2024



REPUBLICA DE CHILE  
I.MUNICIPALIDAD DE CONCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD

### CONTRATO DE HONORARIOS

En Concón, a 26 de febrero del año 2024, comparece por una parte **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, [REDACTED] Cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliado en Calle Santa Laura N° 567, Alcalde de la Ilustre Municipalidad De Concón, en adelante **MANDANTE** y **D. LINA LU AGUIRRE FERNANDEZ**, de Nacionalidad [REDACTED] Estado Civil [REDACTED] de Profesión Podóloga, Cédula de Identidad N° [REDACTED] con domicilio en [REDACTED] en adelante el **MANDATARIO** los cuales vienen a convenir el siguiente contrato:

**PRIMERO:** Por el presente instrumento, el Mandante **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, en consideración a la representación que enviste, encarga al Mandatario antes individualizado, para efectuar las labores específicas que le fueren encargadas por la Dirección del CESFAM-SAR de Concón, obligándose a:

- ❖ Ejecutar personalmente las servicios específicas en forma regular y continua por las cuales fue contratado, en el plazo y los términos establecidos
- ❖ Realizar las labores personalmente con esmero, cortesía, dedicación y eficiencia contribuyendo a materializar los objetivos del CESFAM.

**SEGUNDO:** El profesional deberá guardar reserva de los datos, información y antecedentes que recopile en el desempeño del servicio prestado, no debiendo divulgar a terceros el contenido de los informes, o instrumentos emanados del departamento, conforme a la prestación efectuada, constituyéndose una condición esencial del presente contrato, cuyo incumplimiento dará derecho al mandante a poner término en forma inmediata.

**TERCERO:** Asimismo y resguardando la rectitud a que está sujeta la función a desempeña, el profesional tendrá prohibición de:

- ❖ Usar en beneficio propio o de terceros la información a que se tuviese acceso en la razón a la función que desempeña.
- ❖ Expresarse de manera impropia e irrespetuosa con la unidad técnica y demás personas que desempeñen funciones en el CESFAM-SAR de Concón.

**CUARTO:** El valor del servicio contratado será por paciente, de un valor de \$9.000.- (Nueve mil Pesos) con impuesto incluido, que serán cancelados previa Certificación de los trabajos realizados por la Dirección CESFAM-SAR de Concón, realizando las funciones de:

- ❖ **PODOLOGA** programa cardiovascular, jornada distribuidas de lunes a jueves desde las 17:00 hasta las 20:00 horas y sábado desde las 09:00 hasta las 13:00 horas, según calendarizaciones entregada por la Dirección Cesfam en rotación de turnos que en general realizaran un máximo de 1500 atenciones anual.



**QUINTO:** El Mandatario deberá presentar una boleta de prestación de servicios donde detalle función, número de horas, mes de cobro y firmada, junto a un certificado que acredite el trabajo realizado, deberá adjuntar el reloj control y planilla de horas realizadas (formato estipulado) y copia del contrato de honorarios, se deberá entregar en secretaría del Cesfam, según calendario entregado por dirección Cesfam, para proceder a revisión y posteriormente al pago el cual se realizará el séptimo día hábil del mes siguiente de haber prestado el servicio, siendo obligación del Departamento de Administración y Finanzas realizar la retención de impuestos de acuerdo a las disposiciones legales vigentes e ingresarlos a las arcas fiscales dentro de los plazos correspondientes.

**SEXTO:** El presente contrato comenzará a regir a partir del 12 de febrero al 31 de diciembre del año 2024 y/o hasta que el Mandante ponga término de forma unilateral.

**SEPTIMO:** El Mandatario prestara sus servicios y tendrá como contrata parte técnica a la Dirección del CESFAM – SAR.

**OCTAVO:** El profesional, declara bajo juramento que no se encuentra afectado por algunas de las inhabilidades descritas en el artículo 54 de la ley 18.575 Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del estado, esto es:

- a) Las personas que tengan vigente o suscriban, por si o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas UTM o más, con el respectivo organismo de la administración pública. Tampoco podrán hacerlo quien tenga litigios pendientes con la institución de que se trata, a menos que se refiere al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusiva. Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares el diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando esta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas UTM o más, o litigios pendientes, con el organismo de la administración a cuyo ingreso postula.
- b) Las personas que tengan la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusiva respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos del organismo de la administración civil del estado al que postulas, hasta el nivel de jefe de departamento o equivalente, inclusiva.
- c) Las personas que se hallen condenadas por crimen o simple delito.

**NOVENO:** el trabajador deberá marcar su asistencia al trabajo en el reloj control, será evaluado de acuerdo al cumplimiento de metas del programa.

Se firma el presente contrato en triplicado, quedando dos ejemplares en poder del Mandante y una copia en poder del Mandatario.



## Informe de actividades Honorarios

<b>NOMBRE</b>	Lina Aguirre Fernandez
<b>RUT</b>	[REDACTED]
<b>MES</b>	septiembre
<b>CONVENIO/PRESUPUESTO</b>	
<b>HORAS SEMANALES</b>	4
<b>HORARIO</b>	9 a 13 hrs

<b>Día o Semana</b>	<b>Actividades</b>
07/09/2024	3 pacientes atendidos
14/09/2024	3 pacientes atendidos
21/09/2024	2 pacientes atendidos

FIRMA : \_\_\_\_\_



VºBº DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_



1

2



3